



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE  
E ESCLARECIDO**

**Quadrantectomia e Linfadenectomia  
axilar / Exérese de Nódulo**

HEG.TER.010/07

ETIQUETA DO PACIENTE

Por este instrumento particular o(a) paciente \_\_\_\_\_  
ou seu responsável Sr.(a) \_\_\_\_\_ declara,  
para todos os fins legais, especialmente disposto no artigo 39, VI, da Lei 8.078/90 que dá plena  
autorização ao(à) médico(a) assistente, Dr.(a) \_\_\_\_\_  
inscrito(a) no CRM - \_\_\_\_\_ sob o n° \_\_\_\_\_ para proceder as investigações necessárias ao diagnóstico  
do seu estado de saúde, bem como executar o tratamento cirúrgico designado  
“ \_\_\_\_\_”, e todos os procedimentos que incluem,  
inclusive anestésias ou outras condutas médicas que tal tratamento médico possa requerer, podendo o  
referido profissional valer-se do auxílio de outros profissionais de saúde. Declara, outrossim, que o  
referido(a) médico(a), atendendo ao disposto nos arts. 22° e 34° do Código de Ética Médica e no art. 9° da  
Lei 8.078/90 (abaixo transcritos) e após a apresentação de métodos alternativos, sugeriu o tratamento  
médico-cirúrgico anteriormente citado, prestando informações detalhadas sobre o diagnóstico e sobre os  
procedimentos a serem adotados no tratamento sugerido e ora autorizado, especialmente as que se  
seguem:

**DEFINIÇÃO:** Procedimento que consiste na retirada cirúrgica de parte da glândula mamária (Exérese de  
Nódulo) e na retirada parcial da mama e dos gânglios (ínguas) da região axilar (Quadrantectomia e  
Linfadenectomia Axilar).

**COMPLICAÇÕES:**


- 1- Sangramentos;
- 2- Formação de hematomas (acúmulo de sangue) e equimoses (manchas roxas);
- 3- Deiscência da sutura (soltam-se os pontos);
- 4- Necessidade de nova cirurgia nos casos em que o exame anátomo-patológico mostrar invasão na  
borda cirúrgica;
- 5- Possibilidade de cicatriz com formações queloides (cicatriz hipertrófica-grosseira);
- 6- Infecção;
- 7- Seromas (Acúmulo de secreção produzida pelo tecido gorduroso)
- 8- Saída do dreno;
- 9- Formação de áreas de necrose gordurosa.

**CBHPM – 3.06.02.19-0** Quadrantectomia e Linfadenectomia Axilar  
3.06.02.08-2 Exérese de Nódulo

**CID – C50/C50.1/C50.2/C50.3/C50.4/C50.5/C50.6/C50.8 C50.9**

Ass. Paciente e/ou Responsável

Ass. Médico

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>  <b>Quadrantectomia e Linfadenectomia axilar / Exérese de Nódulo</b>	<b>HEG.TER.010/07</b>
--	--	-----------------------

**Infecção relacionada à assistência à saúde:**

A legislação nacional vigente obriga os hospitais a manterem uma comissão e um programa de prevenção de infecções relacionadas à assistência à saúde.

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e com o *National Healthcare Safety Network* (NHSN), as taxas aceitáveis de infecção para cada potencial de contaminação cirúrgica são:

- Cirurgias limpas: até 4%;
- Cirurgias potencialmente contaminadas: até 10%;
- Cirurgias contaminadas: até 20%;
- Cirurgias infectadas: até 40%.

Mesmo tomando-se todas as medidas possíveis para a prevenção de infecções, tanto por parte do cirurgião e equipe, quanto por parte do hospital, esse risco existe e deve sempre ser considerado.

Declara ainda, ter lido as informações contidas no presente instrumento, as quais entendeu perfeitamente e aceitou, comprometendo-se respeitar integralmente as instruções fornecidas pelo(a) médico(a), estando ciente de sua não observância poderá acarretar riscos e efeitos colaterais a si (ou ao paciente).

Declara, igualmente, estar ciente de que o tratamento adotado **não assegura a garantia de cura**, e que a evolução da doença e do tratamento podem obrigar o(a) médico(a) a modificar as condutas inicialmente propostas, sendo que, neste caso, fica o(a) mesmo(a) autorizado(a), desde já, a tomar providências necessárias para tentar a solução dos problemas surgidos, segundo seu julgamento.

Diante disto, declaro que concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade de expressar a minha vontade sobre os pontos com os quais não concordasse; e que a qualquer momento e sem a necessidade de nenhuma explicação poderei revogar este termo de consentimento e desistir do procedimento médico proposto.

**Finalmente, declara ter sido informado a respeito de métodos terapêuticos alternativos e estar atendido em suas dúvidas e questões, através de linguagem clara e acessível.**

**Assim, tendo lido, entendido e aceito as explicações sobre os mais comuns RISCOS E COMPLICAÇÕES deste procedimento, expressa seu pleno consentimento para sua realização.**

Anápolis (GO), \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Ass. Paciente e/ou Responsável  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG/CPF: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ass. Médico  
Nome: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

**Código de Ética Médica – Ar. 22°.** É vedado ao médico deixar de obter consentimento do paciente ou de seu representante legal após esclarecê-lo sobre o procedimento a ser realizado, salvo em caso de risco iminente de morte. **Art. 34°.** É vedado ao médico deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

**Lei 8.078 de 11/09/1990 – Código Brasileiro de Defesa do Consumidor: Art. 9°.** O fornecedor de produtos ou serviço potencialmente perigosos à saúde ou segurança deverá informar, de maneira ostensiva e adequada, a respeito da sua nocividade ou periculosidade, sem prejuízo da adoção de outras medidas cabíveis em cada caso concreto. **Art. 39°.** É vedado ao fornecedor de produtos ou serviços dentre outras práticas abusivas: VI – executar serviços sem a prévia elaboração de orçamento e autorização expressa do consumidor, ressalvadas as decorrentes de práticas anteriores entre as partes.